INSTITUT
MONTAIGNE





INSTITUT
MONTAIGNE

NOTE

MAI 2010

www.institutmontaigne.org

SAUVER L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE

Pistes de réflexion et de réformes pour les prochaines années

Notre système de santé peut s'enorgueillir de bonnes performances dans un certain nombre de domaines, au point d'être souvent considéré comme un des meilleurs au monde. Il souffre toutefois de nombreuses et inquiétantes fragilités, tant sur le plan de la soutenabilité financière que de la qualité de la prise en charge ou encore de l'équité dans l'accès aux soins. Le réformer en profondeur apparaît donc comme une impérieuse nécessité si on souhaite en préserver les acquis.

Cette *Note*[1] présente les grandes lignes des travaux conduits par l'Institut Montaigne en matière de politiques publiques de santé depuis 2002 et suggère trois chantiers prioritaires d'approfondissements et de réformes pour les prochaines années. Par ailleurs, afin de poursuivre la réflexion et de continuer à nourrir le débat public, un groupe de veille thématique vient d'être constitué au sein de l'Institut Montaigne. Il est présidé par Claude Le Pen, professeur agrégé des Universités à l'Université Paris Dauphine.

Un système de santé performant mais fragile

Le système de santé français peut s'enorgueillir de bonnes performances :

- la France figure dans le peloton de tête des pays de l'OCDE en matière d'espérance de vie des femmes, de taux de mortalité pour les maladies cardiovasculaires ou encore de taux de mortalité infantile ;
- elle bénéficie d'un réseau dense d'établissements hospitaliers et d'offreurs de soins sur l'ensemble de son territoire (près de 4 lits ou places d'hospitalisation partielle pour 1 000 habitants) ;
- contrairement à d'autres pays européens, les délais d'attente pour les interventions chirurgicales programmées restent dans l'ensemble limités ;
- l'assurance maladie n'a cessé de progresser, conférant au système un caractère réellement universel, et 92 % des Français bénéficient d'une couverture complémentaire.

Les Français sont donc légitimement satisfaits de leur système de soins : dans une récente enquête[2], 90 % d'entre eux se déclarent plutôt ou très satisfaits de la qualité des soins, tandis que 83 % considèrent que notre système de santé figure parmi les meilleurs au monde.

Derrière ces réalités flatteuses, le système de santé français connaît toutefois de nombreuses et inquiétantes fragilités, tant sur le plan de la soutenabilité financière que de l'équité dans l'accès aux soins ou encore de la qualité de la prise en charge. C'est ce qui explique que la majorité de nos concitoyens, selon cette même enquête, se déclarent inquiets quant à l'avenir du système de soins et considèrent que la situation financièrement dégradée de l'assurance maladie est un problème grave qu'il faut régler d'urgence.

i) Les fragilités financières de notre système de santé sont bien connues.

La France est désormais le deuxième pays au monde en termes de dépenses de santé rapportées au PIB (autour

1 Jack Azoulay, Pierre-Emmanuel Lecerf et Daniel Laurent ont contribué à la rédaction de ce document.

2 Enquête TNS-Sofres réalisée pour le compte de l'Observatoire sociétal de la santé et de la qualité des soins en France, novembre 2009.

1

L'Institut Montaigne et la Santé : dix ans de propositions

La *Note* intitulée *Sauver l'assurance maladie universelle. Pistes de réflexion et de réformes pour les prochaines années* présente les grandes lignes des travaux conduits par l'Institut Montaigne en matière de politiques publiques de santé.

Depuis 2002, l'Institut formule des propositions concrètes qui, dans la lignée des principes fondateurs de notre assurance maladie, visent à donner à notre dispositif une architecture nouvelle, solide et dotée de financements pérennes. Plus d'une dizaine de publications illustrent cette logique : http://www.institutmontaigne.org/sante-protection-sociale-20.html.

Trois principaux chantiers ont été explorés depuis 2002 :

Réinventer l'assurance maladie :

- **distinguer de façon concrète et opératoire ce qui relève de la solidarité nationale d'une logique plus assurantielle** et gérée comme telle. Il est proposé d'introduire une « CSG Santé » assise sur l'ensemble des revenus afin que le financement de la composante solidarité de notre système ne repose plus sur les seuls actifs ;
- **renforcer la solidarité du système en le ciblant sur ceux qui doivent réellement en bénéficier,** en soulevant notamment la question des « restes à charge » dont le coût est de plus en plus élevé.

Améliorer l'accès à une offre de soins adaptée :

- **revoir la gouvernance et l'organisation du système de soins,** en privilégiant comme levier d'action la fongibilité entre enveloppe hospitalière et enveloppe ambulatoire afin d'assurer une fluidité réelle dans les modes d'organisation (réseaux de santé, urgences, etc.) ;
- **inciter les établissements de santé à faire évoluer leur organisation pour mieux accomplir leur mission,** particulièrement les hôpitaux publics pour lesquels l'Institut Montaigne a proposé dès 2002 qu'ils puissent évoluer vers des hôpitaux privés à but non lucratif.

Évaluer la qualité des soins et personnaliser la prise en charge :

- **placer la démarche qualité au cœur du système de soins,** par une promotion systématique des politiques d'évaluation tant pour la médecine ambulatoire qu'à l'hôpital ;
- **personnaliser davantage la prise en charge et le *continuum* médical,** en sortant du débat petit risque / grand risque et ALD, en considérant comme « grand risque » ce qui engage pour un individu ou un ménage une dépense annuelle de soin supérieure à un certain seuil.

Institut Montaigne : 38, rue Jean Mermoz - 75008 Paris
Tél. +33 (0)1 58 18 39 29 - Fax +33 (0)1 58 18 39 28 - www.institutmontaigne.org - www.desideespourdemain.fr

INSTITUT MONTAIGNE



NOTE

MAI 2010

www.institutmontaigne.org

SAUVER L'ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE

Pistes de réflexion et de réformes pour les prochaines années

Notre système de santé peut s'enorgueillir de bonnes performances dans un certain nombre de domaines, au point d'être souvent considéré comme un des meilleurs au monde. Il souffre toutefois de nombreuses et inquiétantes fragilités, tant sur le plan de la soutenabilité financière que de la qualité de la prise en charge ou encore de l'équité dans l'accès aux soins. Le réformer en profondeur apparaît donc comme une impérieuse nécessité si on souhaite en préserver les acquis.

Cette *Note*[1] présente les grandes lignes des travaux conduits par l'Institut Montaigne en matière de politiques publiques de santé depuis 2002 et suggère trois chantiers prioritaires d'approfondissements et de réformes pour les prochaines années. Par ailleurs, afin de poursuivre la réflexion et de continuer à nourrir le débat public, un groupe de veille thématique vient d'être constitué au sein de l'Institut Montaigne. Il est présidé par Claude Le Pen, professeur agrégé des Universités à l'Université Paris Dauphine.

Un système de santé performant mais fragile

Le système de santé français peut s'enorgueillir de bonnes performances :

- la France figure dans le peloton de tête des pays de l'OCDE en matière d'espérance de vie des femmes, de taux de mortalité pour les maladies cardiovasculaires ou encore de taux de mortalité infantile ;
- elle bénéficie d'un réseau dense d'établissements hospitaliers et d'offreurs de soins sur l'ensemble de son territoire (près de 4 lits ou places d'hospitalisation partielle pour 1 000 habitants) ;
- contrairement à d'autres pays européens, les délais d'attente pour les interventions chirurgicales programmées restent dans l'ensemble limités ;
- l'assurance maladie n'a cessé de progresser, conférant au système un caractère réellement universel, et 92 % des Français bénéficient d'une couverture complémentaire.

Les Français sont donc légitimement satisfaits de leur système de soins : dans une récente enquête[2], 90 % d'entre eux se déclarent plutôt ou très satisfaits de la qualité des soins, tandis que 83 % considèrent que notre système de santé figure parmi les meilleurs au monde.

Derrière ces réalités flatteuses, le système de santé français connaît toutefois de nombreuses et inquiétantes fragilités, tant sur le plan de la soutenabilité financière que de l'équité dans l'accès aux soins ou encore de la qualité de la prise en charge. C'est ce qui explique que la majorité de nos concitoyens, selon cette même enquête, se déclarent inquiets quant à l'avenir du système de soins et considèrent que la situation financièrement dégradée de l'assurance maladie est un problème grave qu'il faut régler d'urgence.

i) Les fragilités financières de notre système de santé sont bien connues.

La France est désormais le deuxième pays au monde en termes de dépenses de santé rapportées au PIB (autour

1 Jack Azoulay, Pierre-Emmanuel Lecerf et Daniel Laurent ont contribué à la rédaction de ce document.

2 Enquête TNS-Sofres réalisée pour le compte de l'Observatoire sociétal de la santé et de la qualité des soins en France, novembre 2009.

Le déficit structurel de l'assurance maladie se creuse année après année

de 11 %), derrière les États-Unis. En moyenne, chaque Français voit neuf fois par an un praticien libéral, passe deux nuits à l'hôpital chaque année, consomme une boîte de médicaments par semaine et perçoit des indemnités journalières pendant 7 jours par an lorsqu'il est actif. Or le financement de ces prestations est public pour plus des trois quarts.

Ces dépenses de santé progressant de manière plus dynamique que le PIB (et donc que les recettes affectées au système de santé), le déficit structurel de l'assurance maladie se creuse année après année, malgré les nombreux plans de redressement – le dernier, qui date de 2004, n'a eu qu'un effet très limité dans le temps. Le déficit cumulé de l'assurance maladie sur les exercices 2009 et 2010 devrait atteindre 25 milliards d'euros[3] et pourrait approcher les 150 milliards d'euros d'ici 2015 en l'absence de réforme. Ces chiffres mettent en évidence l'insuffisance structurelle de la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie, que ne doit pas masquer la baisse significative des recettes en raison de la crise économique. **C'est donc la survie financière de notre système d'assurance maladie qui se joue dans les années à venir.**

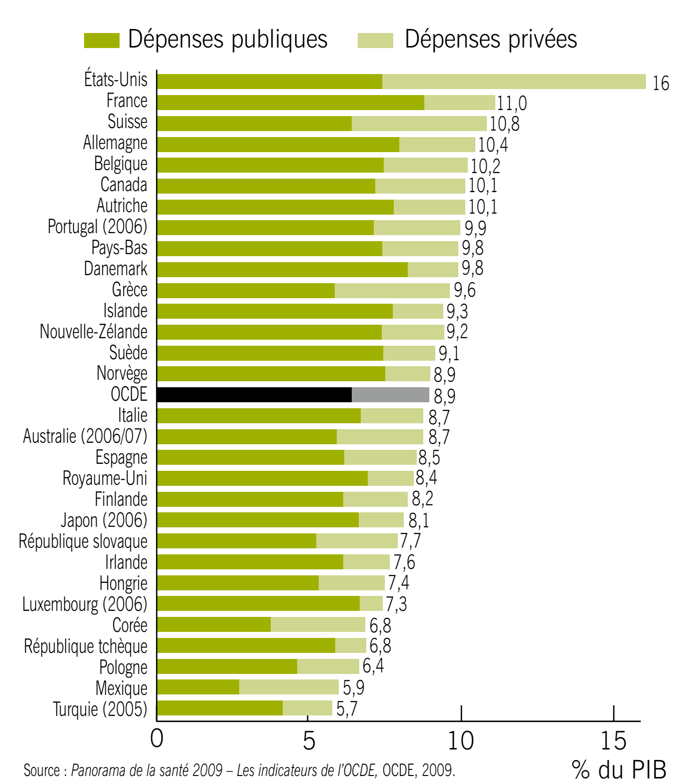
La « maîtrise médicalisée » des dépenses, qui vise à concilier les objectifs de réduction des coûts et d'amélioration de la qualité des soins, a été le fil directeur des réformes de ces deux dernières décennies. Elle a cependant produit des effets trop diffus dans le temps pour suffire à rétablir l'équilibre financier du système. Les changements profonds de gouvernance et de gestion hospitalières ont quant à eux permis de réels progrès en matière d'efficience et d'organisation mais les écarts de performance constatés entre les établissements restent élevés, ce qui montre bien que toutes les sources d'amélioration de la productivité n'ont pas été épuisées. En outre, c'est l'organisation territoriale dans son ensemble qui doit être repensée afin de favoriser les synergies entre les différents offreurs de soins.

ii) Les fragilités du système de santé concernent également l'accès aux soins.

Les inégalités territoriales de densité médicale restent importantes, au point qu'environ 2,5 millions de Français rencontrent des difficultés pour accéder aux soins. Certaines zones apparaissent sinistrées : la ville de Clichy-sous-Bois, par exemple, compte 30 000 habitants, mais ne dispose que de 18 généralistes, 4 spécialistes, un pédiatre, un radiologue, un gynécologue et un vénérologue, soit 8,8 médecins pour 10 000 habitants, à comparer à une moyenne de 15 en Seine-Saint-Denis et de plus de 30 au niveau national[4]. On pourrait citer de vastes territoires ruraux souffrant de carences analogues. La baisse prévisible des effectifs de médecins au cours de la décennie à venir et leur mauvaise répartition sur le territoire risquent de creuser ces disparités, en l'absence de remise en cause du principe de liberté d'installation des professionnels libéraux.

Par ailleurs, les structures de soins de suite et de réadaptation[5] ainsi que les structures gériatriques sont

DÉPENSES DE SANTÉ TOTALES EN POURCENTAGE DU PIB, 2007



Source : *Panorama de la santé 2009 – Les indicateurs de l'OCDE*, OCDE, 2009.

3 Le déficit de l'assurance maladie est provisoirement estimé à 10,5 milliards d'euros pour 2009, selon les données communiquées par le ministre du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'État le 2 avril 2010, et devrait avoisiner les 14,5 milliards d'euros en 2010 selon la dernière loi de financement de la sécurité sociale.

4 Institut Montaigne, *Comment déghettoïser les « quartiers » - Un exemple concret : Les Bosquets à Montfermeil*, *Note*, juin 2009.

5 Les unités de soins de suite et de réadaptation sont destinées à prodiguer des soins continus et de réadaptation médicale ou post-chirurgicale, dans une optique de moyen terme. Elles visent à accompagner le retour au domicile, à réduire les dépendances et à favoriser la réinsertion sociale et professionnelle des patients. Elles constituent ainsi une offre de soins stratégique qui intervient en aval des structures assurant les soins aigus et en amont des unités de soins de longue durée ou du secteur médico-social.

sous-dimensionnées par rapport aux besoins d'accueil des prochaines années. Le système est également critiqué en raison de situations de « restes à charge » pénalisants pour les ménages les plus modestes, malgré l'extension de la couverture solidaire, qui résultent notamment des dépassements pratiqués par les professionnels de santé.

iii) Enfin, nombreux sont les défis à relever en matière de qualité des soins.

La définition de protocoles pour les actes médicaux et soignants comme les procédures d'accréditation et de certification des établissements de santé produisent des effets positifs, en mettant en évidence des actes inutiles ou redondants et en permettant de réduire les dysfonctionnements organisationnels. Elles permettent également de distiller une culture de l'évaluation médicale, ainsi que de développer des démarches innovantes de « juste prescription » des traitements et une plus grande personnalisation de la prise en charge des patients. Elles restent toutefois embryonnaires en France et méritent d'être encouragées.

Par conséquent, **s'attaquer aux failles structurelles de notre modèle sanitaire nécessitera, contrairement aux réformes précédentes, d'aller au-delà des ajustements techniques pour changer véritablement de paradigme.** Il s'agit tout à la fois de repenser les principes de prise en charge (logique assurantielle *vs*. logique universelle), les principes d'intervention (liberté de choix des patients et liberté de prescription des médecins) et les principes d'organisation (relation ville/hôpital dans le cadre du parcours de soins, gouvernance des établissements de santé).

Dans ce contexte, trois chantiers prioritaires méritent de focaliser les efforts du ministre de la Santé dans les années à venir :

- réinventer l'assurance maladie, en pérennisant son financement, en redonnant tout son sens au concept de solidarité et en sortant de la confusion entretenue avec celui de la mutualisation (qui est simplement une technique d'assurance) ;
- faire évoluer l'offre de soins et accompagner les hôpitaux dans leurs efforts de modernisation ;
- mettre la démarche qualité au cœur du système de santé mais aussi personnaliser davantage la prise en charge médicale.

1. Réinventer l'assurance maladie

1.1. Sauver l'assurance maladie universelle

Depuis une décennie, les divers travaux de l'Institut Montaigne consacrés à l'assurance maladie reposent sur une proposition-clé : **repenser la couverture du risque santé en distinguant ce qui relève de la solidarité nationale de ce qui relève d'une logique plus assurantielle[6].** Ils préconisent également d'**envisager une déconcentration de la gestion du risque maladie au niveau d'entités d'assurance en concurrence,** afin de faire évoluer notre système par l'intégration d'innovations organisationnelles et technologiques à même de maintenir un haut niveau de qualité dans la dispensation des soins.

Les conséquences de ces propositions en matière de financement du système seraient les suivantes :

- les prestations non contributives[7] qui relèvent de la solidarité nationale seraient financées par l'impôt. Dans ce cadre, différentes sources de financement ont été envisagées dans les travaux récents de l'Institut Montaigne[8] :
  - **l'instauration d'une « CSG santé » assise sur l'ensemble des revenus ;**
  - **une fusion de l'impôt sur le revenu et de la CSG pour créer un nouvel impôt progressif, auquel tous les Français seraient imposables et qui tiendrait compte de la composition familiale ;**
  - **une hausse de la TVA, dont le produit serait partiellement affecté au financement de la protection sociale.**
- les prestations assurantielles relèveraient quant à elles d'entités d'assurance en concurrence, à charge pour elles de contracter avec les différents prestataires de soins[9] :
  - les cotisations patronales seraient supprimées. Les salariés recevraient donc la totalité de leur salaire « super-brut » et pourraient choisir librement la caisse d'assurance à laquelle ils souhaitent cotiser pour couvrir ces prestations de nature assurantielle ;
  - les ménages à bas revenus bénéficieraient d'une aide personnalisée pour leur couverture santé, qui serait inversement proportionnelle à l'ensemble de leurs revenus.

Ces propositions sont plus que jamais d'actualité. **Deux facteurs sont même venus renforcer l'urgence de telles évolutions :**

- dans un contexte de vieillissement de la

Mettre la démarche qualité au cœur du système de santé

6 *Cf.* notamment Institut Montaigne, *Couverture santé solidaire, Rapport,* mai 2004 ; et plus récemment *Réinventer l'assurance maladie, Note,* mars 2008.

7 Une prestation ou une garantie est contributive si elle est due à ceux qui ont fourni une contribution grâce à laquelle le service peut être rendu. Si la couverture est accordée à tous les résidents indépendamment du fait qu'ils cotisent ou non, alors le système est dit « non contributif ».

8 *Cf.* notamment Institut Montaigne, *Vademecum 2007-2012 – Moderniser la France,* mai 2007 ; et Institut Montaigne, *TVA, CSG, IR, cotisations…Comment financer la protection sociale* (Jacques Bichot), *Étude,* mai 2006.

9 Dans une logique d'expérimentation, l'Institut Montaigne a proposé que la cotisation versée par l'assuré à l'institution d'assurance dans ce schéma concurrentiel soit dans un premier temps simulée par une somme forfaitaire versée par la caisse nationale d'assurance maladie aux différentes entités d'assurance en concurrence.

La solidarité au sein du système d'assurance maladie est mise à l'épreuve

population, d'augmentation tendancielle des dépenses de santé plus rapide que le PIB et de situation très dégradée des finances publiques, l'immobilisme nous conduira soit à une remise en cause radicale des prestations financées par l'assurance maladie, soit à une augmentation inenvisageable de la dépense publique affectée aux dépenses de santé ;

- l'équité intergénérationnelle invite à mettre un terme dès aujourd'hui aux inégalités de contribution financière entre retraités et actifs comme à cesser de faire supporter aux générations futures les dépenses courantes de santé des générations actuelles.

Comment sauver l'assurance maladie universelle ?

Plusieurs voies méritent d'être explorées et débattues afin d'assurer le financement à long terme de l'assurance maladie. L'Institut Montaigne en propose quelques-unes :

- la mise en œuvre d'une TVA sociale, voire la fusion entre impôt sur le revenu et CSG. Sur ces sujets, un effort de pédagogie s'impose en tout état de cause ;
- un nouveau transfert de points de cotisation d'assurance maladie vers la CSG, afin d'élargir l'assiette de prélèvement et de réduire le poids des prélèvements sur le travail ;
- la création de nouvelles recettes pour l'assurance maladie (ex. : remise en cause de niches sociales, alignement du taux de la CSG des retraités sur celui des actifs…) ;
- la mise en place d'un système de régulation financière reposant sur des stabilisateurs automatiques (par exemple une baisse de la rémunération des professionnels de santé, une hausse du ticket modérateur ou un relèvement automatique du taux de CSG en cas de dépassement de l'enveloppe de dépenses prévue pour compenser immédiatement tout déficit éventuel), afin de compléter les mécanismes d'alerte existants, qui ont montré les limites de leur efficacité. Il conviendra de s'appuyer sur les conclusions du groupe de travail présidé par Raoul Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie qui a été constitué récemment.

1.2. Renforcer la solidarité du système d'assurance maladie

La solidarité au sein du système d'assurance maladie est mise à l'épreuve au regard d'un certain nombre d'enjeux importants :

- le risque de contestation du système en cas d'insuffisante solidarité, tant horizontale - entre malades et bien portants -, que verticale - entre riches et pauvres -, voire intergénérationnelle - entre jeunes et personnes âgées, entre actifs et retraités ;
- le caractère inéquitable et financièrement insoutenable du système de prise en charge des affections de longue durée (ALD)[10], qui concerne 1/7e des assurés sociaux mais représente les deux tiers des dépenses d'assurance maladie obligatoire et près de 90 % de leur croissance annuelle[11] ;
- le caractère peu équitable du forfait journalier dû lors des séjours hospitaliers, qui peut conduire à des factures très importantes pour des ménages ne disposant pas d'une couverture complémentaire (le forfait journalier n'étant pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire)[12] ;
- le manque de rationalité de la détermination du panier de soins remboursables par le régime obligatoire et de la ligne de partage entre régime obligatoire et régime complémentaire, qui entraîne des situations sous-optimales de « payeur aveugle »[13] ;
- l'incapacité des mécanismes existants d'aide à l'acquisition d'une complémentaire à atteindre leurs objectifs (8 % de la population ne dispose toujours pas d'une couverture santé complémentaire) ;
- les risques en termes d'équité du système de soins et d'égalité d'accès aux soins liés aux dépassements d'honoraires.

L'Institut Montaigne a conduit une réflexion sur les conditions du **renforcement de la solidarité du système d'assurance maladie.**

Il a en particulier contribué à la réflexion sur la problématique des « restes à charge », en proposant **la création d'une franchise de base annuelle en-deçà de laquelle la dépense de santé serait supportée par l'assuré – ou son assurance complémentaire – tandis que l'assurance maladie obligatoire couvrirait toutes les dépenses supérieures au montant de la franchise.** Cette proposition, proche de l'idée de « bouclier sanitaire » développée dans le rapport Briet-Fragonard (2007), va plus loin, puisqu'elle inclut les dépenses hospitalières. Elle n'a pas été retenue ni même suffisamment débattue mais reste pertinente dans son principe et mériterait un examen plus approfondi.

Comment garantir la solidarité au sein du système d'assurance maladie ?

Il faut préalablement avoir le courage de poser plusieurs questions importantes, qui bloquent pour l'instant toute évolution positive du système :

- L'assurance maladie obligatoire

---

10 Les assurés sociaux atteints d'une de ces affections limitativement énumérées sont pris en charge à 100 % sans ticket modérateur pour les soins en lien avec leur maladie, y compris pour les médicaments dits de confort.

11 *Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008,* Points de repères n° 27, CNAMTS, décembre 2009.

12 Depuis le 1er janvier 2010, la participation du patient aux frais d'hébergement liés à son hospitalisation (ou forfait journalier) a été augmentée à 18 euros par jour pour les soins de médecine et de chirurgie et à 13,5 euros par jour dans un service psychiatrique pour tout séjour hospitalier dépassant 24 heures. Un séjour hospitalier de quatre semaines peut donc, en dehors de toute intervention médicale ou chirurgicale, coûter plus de 500 euros à un patient qui ne dispose pas d'assurance complémentaire.

13 En matière de soins optiques ou dentaires, d'appareils auditifs ou de médicaments à vignette bleue (à service médical rendu modéré ou faible) par exemple, la prise en charge par les complémentaires santé est bien plus importante que celle du régime obligatoire. Pour autant, les assureurs complémentaires ne sont pas prescripteurs et n'ont qu'une influence très limitée sur ce qu'ils financent.

doit-elle être recentrée sur les seuls soins indispensables et coûteux, susceptibles de déstabiliser la situation financière des ménages ? Une telle évolution supposerait de remettre en cause un principe fondateur de notre système d'assurance maladie : la contribution en fonction de ses moyens en contrepartie d'une prise en charge en fonction de ses besoins (celle-ci serait désormais également liée aux moyens).

- À défaut, quelles évolutions du partage entre régime obligatoire et régime complémentaire sont envisageables, afin de mettre un terme aux situations sous-optimales de « payeur aveugle » ? Faut-il par exemple transférer intégralement au régime complémentaire la prise en charge des soins dentaires et optiques, pour lesquels le régime obligatoire n'intervient plus que de façon marginale ?
- Faut-il abandonner le système des ALD au profit d'un système de gestion des « restes à charge » voire d'un « bouclier sanitaire » ville/hôpital qui serait fonction des revenus ? A défaut, comment réformer ce système pour garantir sa soutenabilité ?
- Faut-il envisager une dégressivité du forfait journalier en fonction de la durée de séjour et/ou des revenus ?
- Comment revoir les mécanismes d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé afin qu'ils touchent un public plus large sans coût excessif pour les finances publiques ?
- Comment remédier aux dépassements d'honoraires abusifs, tant en ville qu'à l'hôpital ?

2. Améliorer l'accès à une offre de soins adaptée

2.1. Revoir la gouvernance et l'organisation du système de soins

Les principales propositions formulées ces dernières années par l'Institut Montaigne[14] en matière de pilotage et de gouvernance des offreurs de soins visent à :

- **assurer, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)[15], une fongibilité entre enveloppe hospitalière et enveloppe ambulatoire, afin de garantir une unicité et une fluidité des modes de financement ;**
- **développer les liens entre médecine de ville et hôpital, ainsi que les alternatives à l'hospitalisation, afin d'éviter l'engorgement des établissements de santé par des patients relevant de la médecine de ville ou de la médecine ambulatoire ;**
- **améliorer la prise en charge des urgences ;**
- **redéfinir les missions des centres hospitalo-universitaires,** en identifiant plus clairement les activités de recherche clinique *via* la contractualisation entre universités de médecine et équipes médicales. Dans ce cadre, le label « universitaire » ne serait plus attribué à un hôpital, mais seulement à une équipe ou un service ayant conclu un partenariat avec la faculté de médecine.

Comment améliorer l'organisation du système de soins ?

Ces différentes propositions de l'Institut Montaigne restent d'actualité et méritent d'être approfondies, en tenant compte du contexte nouveau engendré par la création des agences régionales de santé (ARS). Plusieurs axes de travail sont proposés :

- **les relations ville-hôpital et l'adaptation de l'offre dans le domaine des soins de suite et de réadaptation,** notamment lorsqu'il s'agit de patients âgés dépendants. Il s'agirait en particulier de fournir aux ARS, en s'appuyant sur une étude internationale de *benchmark,* le mode d'emploi leur permettant d'adapter l'offre de soins en transformant par exemple un hôpital en établissement de long séjour ou de soins gériatriques, ce qui suppose en particulier une plus grande fongibilité des enveloppes budgétaires ;
- **les conditions de réduction des inégalités territoriales en matière d'accès à l'offre de soins,** qui peuvent notamment passer par la création de maisons de santé pluridisciplinaires en zone rurale et dans les quartiers défavorisés[16]. Un débat pourrait également être engagé sur la remise en question du conventionnement automatique des médecins libéraux qui s'installent dans des zones où la densité médicale est déjà élevée, à l'instar des conditions imposées aux infirmiers libéraux[17], si les mesures d'incitation récemment mises en place (aides des collectivités territoriales notamment) demeurent insuffisantes pour enrayer les déséquilibres croissants de la démographie médicale ;
- **les modalités de développement de la médecine ambulatoire,** visant à maintenir le patient à domicile tout en le faisant bénéficier d'actes et de soins comparables, en nombre et en qualité, à ceux qui pourraient

Assurer la fongibilité entre enveloppe hospitalière et enveloppe ambulatoire

14 *Cf.* notamment Institut Montaigne, *L'hôpital réinventé, Rapport,* janvier 2004.

15 L'ONDAM est l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie voté en loi de financement de la sécurité sociale, qui constitue un outil de suivi et de régulation. Il est découpé en enveloppes distinctes pour couvrir les différents types de dépenses (hospitalisation publique et privée, dépenses du secteur médico-social, honoraires et prescriptions, autres soins de ville).

16 Cette proposition a notamment été formulée par l'Institut Montaigne pour le quartier des Bosquets à Montfermeil (*Comment déghettoïser les « quartiers », Note* de juin 2009). La maison de santé regrouperait des médecins généralistes, des médecins spécialistes, des infirmiers et des plateaux médico-techniques (imagerie par exemple).

17 Depuis le 18 avril 2009, l'accès au conventionnement d'un infirmier qui envisage de s'installer en libéral dans une zone « sur-dotée » est conditionné à la cessation définitive d'activité d'un infirmier libéral en activité dans cette zone.

être effectués à l'hôpital. Celle-ci permet en effet à la fois de répondre aux souhaits des patients et de leur famille (notamment lorsqu'il s'agit de jeunes enfants, qui supportent plus difficilement les séjours à l'hôpital), d'intégrer les innovations technologiques et médicales, mais aussi de réduire le niveau de dépenses[18] ;

Réorganiser les modalités d'accueil dans les urgences hospitalières

- **une réorganisation des modalités d'accueil dans les urgences hospitalières,** en s'appuyant sur une régulation par le biais d'une plateforme téléphonique unifiée, afin de mieux orienter les patients vers les structures les plus adaptées, ainsi que sur le développement de maisons de permanence de soins adossées aux services d'urgence, qui assureraient un filtrage des véritables urgences médicales. Ce travail devrait être effectué par des médecins plus expérimentés que ceux qui assurent aujourd'hui les gardes dans les services d'urgences publics, à l'instar de ce qui se fait dans le secteur privé. Il serait également utile d'encourager le développement de filières d'aval des urgences, afin de réduire la durée moyenne des séjours non programmés, qui perturbent l'organisation des services hospitaliers.

2.2. Accompagner les établissements de santé dans leurs efforts de modernisation

Les propositions de l'Institut Montaigne ces dernières années en matière de financement des hôpitaux épousent la philosophie de la tarification à l'activité (« T2A »), mise en place de manière progressive depuis 2004. Celle-ci repose sur le principe du financement des établissements de santé sur la base de coûts par activité, les missions dites « d'intérêt général » telles que la recherche clinique ou l'enseignement relevant pour leur part d'un financement par dotation.

Les autres recommandations de l'Institut Montaigne sur l'hôpital visent à :

- favoriser le développement des établissements privés à but non lucratif (PNL) et « participant au service public hospitalier » (PSPH), en permettant notamment aux établissements publics qui le souhaitent de passer à un statut de PNL[19] ;
- renforcer la gouvernance opérationnelle, en dotant les hôpitaux publics d'instances directionnelles et d'outils de management facilitant la prise de décision. Sur ce point, l'Institut Montaigne a contribué de manière critique au débat public autour de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST), en soulignant les imperfections du texte en matière de gouvernance (maintien de la présence d'élus territoriaux au sein des conseils de gouvernance, conflits potentiels de prérogatives entre le conseil de surveillance et l'ARS dans la détermination des objectifs de l'établissement, etc.)[20].

Comment moderniser l'organisation et la gestion des hôpitaux publics ?

Il est nécessaire d'engager une **évaluation à mi-parcours de la réforme de la T2A,** dont le déploiement doit se terminer dans les prochaines années. Un tel travail sera précieux pour analyser les effets de la réforme : rééquilibrage des financements entre établissements, restructuration et rationalisation de l'offre de soins, maîtrise des dépenses et des investissements, etc.

L'évaluation s'attachera notamment à dresser un bilan coûts-bénéfices de la réforme et à vérifier si la T2A n'a pas eu pour conséquence de conduire à une sélection accrue des pathologies et des patientèles « rentables » voire un effet inflationniste sur certains types de soins.

Cette étude servira de base à une réflexion plus large sur la question de la convergence de la tarification entre le secteur public et le secteur privé, dont l'horizon de mise en œuvre fut de nouveau reporté de 2016 à 2018 dans le cadre de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. Le ministre de la Santé devrait en effet clarifier les termes du débat et indiquer une ligne de conduite crédible pour assainir les conditions de mise en concurrence des différents offreurs de soins.

Parallèlement, un approfondissement de la réflexion sur **la gouvernance des hôpitaux** doit être conduit, afin d'ouvrir la voie à un assouplissement des modes de gestion, en simplifiant notamment les modalités de changement de statut pour les établissements de santé qui le souhaitent, ce qui leur conférerait notamment davantage de souplesse en matière de gestion des ressources humaines. Une telle disposition trouverait pleinement son sens dans le nouveau cadre d'allocation des ressources instauré par la T2A.

Elle permettrait également de lancer un appel d'offres auprès d'acteurs privés pour la gestion de l'ensemble des établissements de santé d'un territoire donné. Une telle expérimentation rendrait possible une optimisation de la répartition et de l'organisation de l'offre hospitalière sur ce territoire, tout en réduisant les coûts d'exploitation.

Enfin, l'hôpital public gagnerait à s'inspirer des meilleures pratiques du privé, en particulier en

18 *Cf.* notamment le rapport de l'Académie des technologies sur *Le patient, les technologies et la médecine ambulatoire,* rédigé par Francis Lévi et Christian Saguez en avril 2008.

19 *Cf.* notamment Institut Montaigne, *Hôpital – le modèle invisible* (Denise Silber), *Étude,* juin 2005.

20 *Cf.* Institut Montaigne, *La gouvernance : talon d'Achille du projet de loi sur l'hôpital* (Daniel Laurent), document de travail, octobre 2008, ainsi que le billet « *Loi hôpital : la gouvernance en question* » sur le blog de l'Institut Montaigne.

optimisant sa politique d'achats grâce à une standardisation des pratiques et à une centralisation des commandes de biens et matériels médicaux.

3. Évaluer la qualité des soins et personnaliser la prise en charge

3.1. Mettre la démarche qualité au cœur du système de soins

Dans ses publications récentes, l'Institut Montaigne a préconisé de réaliser des évaluations régulières – rendues publiques – de la performance des médecins de ville et des praticiens hospitaliers, sur la base d'indicateurs de qualité[21]. Une telle mission pourrait être confiée à la Haute Autorité de santé et complèterait les démarches qualité actuelles, qui reposent principalement sur une accréditation *ex ante* des établissements.

Cette volonté de développer la qualité des soins reste d'actualité et mérite d'être approfondie, en s'inspirant par exemple des *Pilot Accountable Care Organizations,* réseaux ville-hôpital mis en place aux États-Unis, qui contractualisent avec le système d'assurance publique Medicare[22] sur la base d'objectifs de réduction des coûts et d'amélioration de la qualité des soins. Le renforcement de la culture de l'évaluation et de la mesure de la qualité chez les professionnels de santé peut en effet constituer un premier pas vers la mise en œuvre d'actions correctrices, ainsi que le montrent des travaux récents. Diverses expériences pilotes montrent ainsi que le simple fait de mesurer et d'afficher le niveau de qualité incitent à mieux formaliser les processus de soins et facilite la prise de conscience de dysfonctionnements individuels ou organisationnels[22].

En outre, la rémunération à la performance des médecins libéraux, encore balbutiante en France, mérite d'être encouragée, en s'inspirant des pratiques étrangères[23]. Au Royaume-Uni par exemple, au-delà du paiement traditionnel à la capitation, la rémunération des cabinets de soins primaires s'appuie, depuis 2004, pour une part significative sur des indicateurs tels que la satisfaction des patients, l'organisation du cabinet et surtout la qualité clinique. La métrique de la performance porte sur la prise en charge des pathologies considérées comme des priorités de santé publique pour lesquelles il est démontré que l'action de la médecine de premier recours est déterminante. Ces incitations financières versées aux médecins devraient d'autant plus être développées qu'elles peuvent contribuer à améliorer leurs performances cliniques et à réduire les écarts de pratiques, renforçant ainsi l'équité du système de soins.

Comment développer la démarche qualité dans le système de soins français ?

Plusieurs mesures sont proposées :

- une réflexion sur les voies possibles d'évolution de la formation des professionnels de santé ;
- des recommandations quant aux révisions possibles du partage des tâches entre médecins et autres professionnels de santé ;
- une analyse des modalités de développement plus rapide de la télémédecine et des applications de e-santé ;
- des prolongements envisageables de la démarche initiée par les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) pour les médecins généralistes[24] ;
- des modalités d'incitation à l'amélioration de la qualité des soins pour les établissements de santé.

3.2. Personnaliser davantage la prise en charge médicale

Enfin, il pourrait être pertinent de mener une réflexion sur la prévention et la personnalisation de la prise en charge médicale. En effet, la France accuse un retard en matière d'accompagnement thérapeutique.

Il s'agirait concrètement de **créer des incitations financières au développement de la prévention** à la ville comme à l'hôpital, en tenant davantage compte des caractéristiques individuelles. Une prise en charge plus individualisée suppose naturellement une meilleure communication entre médecine de ville et hôpital et donc de disposer d'un dossier médical personnel (DMP) opérationnel. L'informatisation du dossier médical des patients et une intégration accrue de l'organisation des soins constituent au demeurant des facteurs de succès des démarches de paiement à la performance des médecins libéraux évoquées précédemment.

Comment personnaliser davantage la prise en charge médicale ?

L'Institut Montaigne suggère plusieurs pistes de travail pour progresser vers une prise en charge médicale plus individualisée :

- évaluer le dispositif de « dossier médical personnel », créé par la loi du 13 août 2004, qui fait actuellement l'objet de plusieurs expérimentations mais qui a pris un retard considérable ;
- envisager une part variable de rémunération des médecins

21 Une *Étude* de l'Institut Montaigne de juin 2007, consacrée à l'étude du système public de santé des anciens combattants américains, a ainsi relevé de nombreuses bonnes pratiques en matière de contrôle de la qualité des soins. Pour une vue d'ensemble des propositions de l'Institut Montaigne sur la démarche qualité dans le domaine de la santé, *cf.* l'*Étude Mesurer la qualité des soins* (Denise Silber), publiée en février 2009.

22 *Cf. Penser une nouvelle place pour la qualité dans la régulation du système de santé français,* rédigé par Alain Coulomb et Frédéric Bousquet en complément du rapport *Performance, incitations et gestion publique* publié par le Conseil d'analyse économique en 2007.

23 Pour une description des mécanismes de « *Pay for Performance* » visant à améliorer la qualité des soins, *cf.* le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales *Rémunérer les médecins selon leurs performances : les enseignements des expériences étrangères,* rédigé par Pierre-Louis Bras et Gilles Duhamel en juin 2008.

24 Le CAPI est un contrat proposé par l'assurance maladie aux médecins généralistes volontaires, qui leur propose une rémunération complémentaire en contrepartie de l'adoption de bonnes pratiques individuelles. Les médecins concernés s'engagent notamment à développer leur participation aux actions de dépistage (cancer du sein), de prévention (grippe) et de iatrogénie médicamenteuse, à améliorer la qualité de prise en charge de leurs patients souffrant de diabète ou d'hypertension artérielle, ainsi qu'à privilégier la prescription de médicaments ayant perdu leur brevet et pouvant être substitués par un générique.

généralistes dépendant de leurs pratiques en matière de prévention ;

- responsabiliser les patients, en conditionnant le remboursement de certains soins au respect de protocoles médicaux[25] ;
- améliorer les politiques de prévention et de *disease management* et plus généralement de personnalisation de la prise en charge. À cet égard, une étude de cas sur un ou deux thèmes majeurs de santé publique (traitement du diabète ou de l'obésité par exemple) pourrait être menée, ainsi qu'une évaluation du système *Sophia* d'accompagnement thérapeutique des diabétiques expérimenté depuis deux ans par l'assurance maladie[26] ;
- favoriser le développement de l'hospitalisation à domicile, qui offre de réelles perspectives d'amélioration de la prise en charge des patients.

ASSURANCE MALADIE – TOUR D'HORIZON EUROPÉEN

En matière de système de santé, on distingue traditionnellement les **systèmes « beveridgiens »,** systèmes nationaux universels couvrant l'ensemble des résidents, où le financement public repose sur l'impôt (l'archétype est le *National Health Service* (NHS) anglais), des **systèmes « bismarckiens »** où le financement public repose sur des cotisations sociales assises sur les revenus du travail, tels les systèmes allemands ou français. Le système français est devenu progressivement plus universel avec l'instauration de la « Couverture Maladie Universelle » (CMU) et un financement reposant désormais pour près d'un tiers sur des impôts et taxes (dont la CSG en particulier, assise sur l'ensemble des revenus).

À côté du financement public, interviennent des financements privés à travers des institutions d'assurances[27]. Le mode d'intervention des assurances privées varie d'un pays à l'autre ; il dépend de la nature et des performances du système public, lui-même très lié à l'histoire et aux traditions nationales. Dans certains pays européens, les gouvernements ignorent l'assurance privée, d'autres la considèrent comme un partenaire à part entière du système de santé.

Dans certains cas, les assureurs privés interviennent pour couvrir totalement le risque maladie (y compris la prise en charge des dépenses hospitalières) pour des groupes particuliers de population, en dupliquant le système public, par exemple en Grande-Bretagne, en Espagne, en Italie, en Irlande, au Portugal et aujourd'hui dans les pays d'Europe de l'Est. Dans d'autres pays, comme en Allemagne et aux Pays-Bas[28], ils se substituent au système public : au-delà d'un certain niveau de revenus, on peut ou l'on doit s'assurer dans le privé. C'est aussi le cas pour les fonctionnaires en Espagne, par exemple. Dans d'autres pays enfin, ils complètent les remboursements des systèmes publics dont ils sont alors les auxiliaires : la France est l'archétype de ce mode d'intervention[29].

Dans les pays nordiques, il s'agit de systèmes publics très décentralisés au niveau des collectivités locales, avec des ressources locales propres ou des dotations d'État. L'offre de soins est largement publique en Suède, où les dépenses de santé sont majoritairement financées par l'impôt sur le revenu des ménages. A la marge, il existe un système d'assurance privé complémentaire financé par les employeurs, qui concerne environ 5 % de la population active.

La concurrence peut jouer à plusieurs niveaux : concurrence entre système public de santé et assurances sociales comme assureurs privés ; concurrence des assureurs privés entre eux. La concurrence entre financeurs ne prend tout son sens que si elle contribue à améliorer l'accès aux soins, leur qualité et leur pertinence, c'est-à-dire *in fine* le service rendu aux assurés. Elle doit être appréciée en fonction de la capacité de ces financeurs à mettre en concurrence les offreurs de soins, à innover dans les méthodes d'appréciation et de gestion du risque maladie et, par effet induit, à améliorer les systèmes publics pour mieux gérer le triptyque qualité/pertinence/coût. Certains systèmes publics de santé génèrent une concurrence interne pour optimiser les coûts et améliorer la qualité du service rendu. C'est le cas par exemple en Grande-Bretagne où les hôpitaux sont en concurrence les uns avec les autres et où des groupes de médecins généralistes orientent les patients vers tel ou tel hôpital, assurant de fait leur financement.

Tous les systèmes européens ont été ou sont encore confrontés à des problèmes de financement, mais procèdent généralement à des évolutions en continu, par exemple en Grande-Bretagne pour réduire les files d'attente dans les hôpitaux ou encore en Allemagne pour rétablir l'équilibre financier.

Cependant, sous l'influence de la concurrence entre public et privé et au sein des systèmes publics, de nombreuses innovations dans l'organisation ou dans les techniques voient le jour. On peut citer par exemple :

- une gestion rigoureuse du risque maladie en Allemagne à partir de bases de données médicales et économiques très documentées ;
- la gestion des urgences pour éviter le recours abusif à l'hospitalisation aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne ;
- la prise en charge de soins dentaires à l'extérieur du système public en établissant une relation vertueuse « dentiste/patient » en Grande-Bretagne ;
- la mise en place de procédures de second avis médical en Espagne ;
- la délégation de gestion d'hôpitaux publics à des groupes privés en Suède (l'hôpital universitaire de Stockholm) ou en Espagne (Catalogne, Valence) ;
- la mise en place de véritables réseaux de soins intégrés en Espagne, en Italie et en Europe de l'Est.

25 Cette logique a d'ores et déjà guidé la mise en place du parcours de soins coordonné par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie : celui-ci consiste à pénaliser financièrement, dans certaines conditions, les patients qui consultent directement un spécialiste sans y avoir été préalablement invités par leur médecin traitant. Il s'agirait d'aller plus loin en liant la prise en charge financière de certains soins par l'assurance maladie à l'observation de protocoles thérapeutiques validés par la Haute autorité de santé, qui décriraient les soins nécessaires au traitement.

26 Ce service gratuit d'accompagnement propose des conseils et des informations personnalisés, en relais des recommandations du médecin traitant. L'objectif est de limiter les risques de complications liés au diabète et d'améliorer la qualité de vie des patients concernés. Sophia est aujourd'hui expérimenté dans 11 départements pilotes, où il s'adresse à 142 000 patients potentiels. Pour plus d'informations, *cf.* le site Internet dédié : http ://www.sophia-infoservice.fr.

27 Nous désignons ainsi tant des mutuelles que des compagnies d'assurance ou des institutions de prévoyance.

28 Duplication : tous les résidents financent par l'impôt le système public, l'assurance privée est volontaire. Substitutif : certains résidents ont le choix entre public et privé.

29 *Private Health Insurance in OECD countries. A policy brief* – European Papers on the New Welfare, N° 1- May 2005, pp. 139-148.

Institut Montaigne
38, rue Jean Mermoz - 75008 Paris
Tél. +33 (0)1 58 18 39 29 - Fax +33 (0)1 58 18 39 28
www.institutmontaigne.org - www.desideespourdemain.fr

Directeur de la publication :
François Rachline
Conception : latoutepetiteagence
Réalisation : EPBC **Impression :** Fusium